

## MODÈLE DE DEMANDE

relative au rescrit  
social

*Le rescrit social vous permet d'interroger votre Urssaf sur l'application, à votre situation, de réglementations spécifiques de Sécurité sociale.*

*Ce questionnaire constitue une aide à la formulation de votre demande auprès de votre Urssaf.*

*Votre demande portant sur une situation donnée peut concerner un ou plusieurs de vos salariés.*

*Elle doit être transmise à l'Urssaf soit par lettre recommandée avec accusé de réception soit déposée contre décharge et accompagnée, le cas échéant, des pièces justificatives.*

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Adresse(s) de(s) l'établissement(s) objet(s) de la demande :

N° Siret :

N° de compte Urssaf :

Urssaf de liaison si versement des cotisations en lieu unique (VLU) :

Code APE de l'entreprise :

## MISE EN PLACE DU RÉGIME DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

- Le régime a été mis en place par :

  - convention ou accord collectif
  - ratification, à la majorité des intéressés, d'un projet d'accord proposé par l'employeur
  - décision unilatérale de l'employeur

**Dans ce cas**, un écrit a été remis à chaque intéressé **OUI** **NON**

autre : préciser
- Date de création du régime (*date de conclusion de l'accord ou de la convention, de la ratification ou de la décision unilatérale de l'employeur*)
- Le régime a été modifié depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 **OUI** **NON**

**Si OUI**, préciser la nature de ces modifications
- Les prestations complètent celles des régimes de base et complémentaires obligatoires **OUI** **NON**
- Il s'agit d'un régime de retraite supplémentaire

  - à cotisations définies **OUI** **NON**
  - géré par :
    - une institution de prévoyance
    - une mutuelle ou une union de mutuelles
    - une entreprise d'assurance
    - autre : préciser

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - à prestations définies*  | OUI | NON |
| Ce régime n'accueille plus de nouveaux adhérents après le 30 juin 2008 | OUI | NON |
| Ce régime est géré par :   |     |     |
| une institution de prévoyance  |     |     |
| une mutuelle ou une union de mutuelles                                 |     |     |
| une entreprise d'assurance   |     |     |
| une institution de retraite supplémentaire                             |     |     |
| une institution de gestion de retraite supplémentaire                  |     |     |
| autre : préciser   |     |     |

\* si le versement de la prestation est conditionné par l'achèvement de la carrière professionnelle dans l'entreprise, un questionnaire spécifique est à votre disposition

Nom de l'organisme

- Lors de la mise en place du régime, ou dans les 12 mois précédents, un élément de rémunération a été supprimé OUI    NON
- Date du dernier versement de cet élément de rémunération
- Date de versement de la première contribution patronale au régime de retraite



## BENEFICIAIRES DU REGIME

- Bénéficiaire du régime :
  - tous les salariés
  - une ou plusieurs catégories de salariés (*ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres...*)
  - préciser
- Le régime exclut certains salariés OUI    NON
  - Si OUI,** ces exclusions sont relatives à :
    - la durée du travail OUI    NON
    - la nature du contrat de travail (*CDD, CDI*) OUI    NON
    - l'âge du salarié OUI    NON
    - le coefficient de rémunération OUI    NON
    - autre : préciser
- Le bénéfice du régime est subordonné à une condition d'ancienneté OUI    NON
  - Si OUI,** indiquer en mois l'ancienneté requise



## MODALITES DE FINANCEMENT DU REGIME DE RETRAITE

- Le régime est financé par des contributions
  - patronales et salariales
  - exclusivement patronales
- Le comité d'entreprise participe au financement OUI    NON

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| ■ L'entreprise a mis en place un PERCO (plan d'épargne collectif pour la retraite) | OUI | NON |
| <b>Si OUI</b> , l'entreprise verse un abondement                                   | OUI | NON |



## MODALITES DE FIXATION DE LA PARTICIPATION PATRONALE

- |   |     |               |
|---|-----|---------------|
| ■ Montant forfaitaire identique pour tous les bénéficiaires | OUI | NON           |
| ■ Cotisation proportionnelle                                | OUI | NON           |
| Préciser : le taux  |     | et l'assiette |



## CARACTERE OBLIGATOIRE DU REGIME

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| ■ La participation au régime est obligatoire pour le salarié | OUI | NON |
|--|-----|-----|



## MODALITES D'ACQUISITION DES DROITS

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| ■ Les droits sont payables au membre participant au plus tôt  |     |     |
| - à compter de la liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse de base ou complémentaire | OUI | NON |
| - à l'âge de 60 ans   | OUI | NON |



## NATURE DES PRESTATIONS

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| ■ Le contrat a pour objet l'acquisition de droits viagers personnels   | OUI | NON |
| Préciser la modalité d'acquisition de ces droits   |     |     |
| acquisition d'une rente viagère différée   |     |     |
| constitution d'une épargne obligatoirement convertie en rente  |     |     |
| opération collective de retraite dont les droits sont exprimés en unité de rente   |     |     |
| ■ Le contrat prévoit des garanties complémentaires en cas de décès, invalidité ou incapacité   | OUI | NON |
| <b>Si OUI</b> , ces garanties complémentaires offrent des droits strictement égaux à ceux acquis par le salarié au jour de survenance de l'événement | OUI | NON |
| ■ Les garanties couvrent d'autres risques ( <i>dépendance...</i> )   | OUI | NON |
| <b>Si OUI</b> , préciser   |     |     |

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le contrat prévoit une clause de rachat<br/><i>(sauf cas d'invalidité 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégories, expiration des droits aux allocations d'assurance chômage suite à licenciement)</i></li> </ul> | <p><b>OUI</b>      <b>NON</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le contrat prévoit le transfert des droits acquis par le salarié</li> </ul>   | <p><b>OUI</b>      <b>NON</b></p> |
| <p>La notice d'information remise au salarié mentionne cette faculté de transfert</p>  | <p><b>OUI</b>      <b>NON</b></p> |

**Indiquez les éléments que vous jugez nécessaires pour permettre à l'Urssaf d'apprécier votre situation**

**CERTIFIÉ COMPLET ET EXACT**

Je :

Signature

Qualité du signataire :

Cachet de l'établissement :

Les articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantissent un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.